

## **TI\_GERICHTE 32.2016.15 vom 8. Januar 2016**

TI Tribunale d'appello, 2016-01-08, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2016.15](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.15)

FR: TI\_GERICHTE 32.2016.15 du 8 janvier 2016

IT: TI\_GERICHTE 32.2016.15 del 8 gennaio 2016

### **Regeste**

Confermato il diritto a 3/4 di rendita dal 1. maggio 2013 al 30 giugno 20014 e a 1/4 di rendita dal 1. luglio 2014. Per il resto rinvio atti a Ufficio AI affinché, esperiti i necessari accertamenti medici e aggiornata la valutazione economica, si pronunci nuovamente sulla domanda di prestazioni

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.03.2016 32.2016.15 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.03.2016 32.2016.15 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.03.2016 32.2016.15

Confermato il diritto a 3/4 di rendita dal 1. maggio 2013 al 30 giugno 20014 e a 1/4 di rendita dal 1. luglio 2014. Per il resto rinvio atti a Ufficio AI affinché, esperiti i necessari accertamenti medici e aggiornata la valutazione economica, si pronunci nuovamente sulla domanda di prestazioni

Raccomandata Incarto n. 32.2016.15 FS Lugano 22 marzo 2016 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Francesco Storni , vicecancelliere segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 9 febbraio 2016 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 8 gennaio 2016 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità considerato in fatto e in diritto che - con decisione 8 gennaio 2016, preavvisata il 7 luglio 2015 (doc. AI 112) – sulla base della perizia pluridisciplinare 16 dicembre 2014 del Servizio Accertamento Medico (SAM) con complementi del 12 febbraio e del 3 novembre 2015 (doc. AI 84, 91 e 132), visti il rapporto finale SMR 3 aprile 2015 e le annotazioni 4 e 25 novembre 2015 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. 96, 133 e 139) e ritenuto il rapporto finale SIP 9 giugno 2015 e la tabella elaborata il 2 luglio 2015 (doc. AI 108 e 110) – , l'Ufficio AI ha riconosciuto a RI 1, nato nel 1957, il diritto a tre quarti di rendita d'invalidità dal 1. maggio 2013 (dopo l'anno di attesa ex art. 28 LAI) al 30 giugno 2014 e a un quarto di rendita d'invalidità dal 1. luglio 2014 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute ai sensi dell'art. 88a OAI); - con il presente ricorso l'assicurato, tramite l'avv. RA 1 – sollevata una violazione del diritto di essere sentito e contestata la valutazione medica e economica – , ha chiesto in via principale l'annullamento della decisione impugnata e il riconoscimento del diritto ad una rendita intera dal 1. maggio 2012, in via subordinata il riconoscimento del diritto ad una rendita intera dal 1. maggio 2012 al 28 febbraio 2014 e ad almeno una mezza rendita dal 1. marzo 2014. Contestualmente, in via cautelare, chiede di togliere l'effetto sospensivo al ricorso in modo da poter continuare a percepire pendente causa le prestazioni riconosciutegli; - con la risposta di causa l'Ufficio AI – considerata l'annotazio-ne del 15 febbraio 2016 nella quale il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ha espresso la seguente

valutazione: “(...) Occorre rivalutare la situazione dal punto di vista psichiatrico (vedi anche la pagina 24 della perizia SAM del 16.12.2014 dove la perita psichiatra riteneva utile rivalutare la situazione dopo un anno) per il periodo posteriore al mese di ottobre 2015. Fino al mese di ottobre 2015 valgono invece le precedenti IL stabilite nel rapporto SMR finale 3.4.2015. (...)” (IV/1) – ha postulato il rinvio degli atti al fine di espletare i necessari accertamenti medici indicati dal dr. \_\_\_\_\_. Quanto alla domanda di misure cautelari l’amministrazione ha sottolineato che “(...) la decisione impugnata (nonostante al citato provvedimento non sia stato espressamente tolto l’effetto sospensivo ai sensi dell’art. 54 cpv. 1 lett. c LPGA) è nei fatti immediatamente esecutiva (nel senso che la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ha già versato all’assicurato le rendite riconosciutegli e continua tuttora a versare a quest’ultimo il quarto di rendita a cui egli ha diritto). Tale versamento – al fine di evitare di causare difficoltà economiche pendente causa all’assicurato in questione – appare opportuno allo scrivente Ufficio (cfr. anche in argomento STCA del 17.06.2015, incarto 32.2014.104 al consid. 2.5). (...)” (IV); - con scritto 8 marzo 2016 l’insorgente ha comunicato al TCA di essere d’accordo con il rinvio degli atti all’Ufficio AI a condizione che il versamento della rendita d’invalidità assegniagli con la decisione impugnata continui anche durante la procedura di rinvio e – ribadite le argomentazioni sviluppate con il ricorso – ha asserito che “(...) non accetta di principio che la sua IL fino al mese di ottobre 2015 corrisponda a quella indicata nel rapporto SMR finale del 3 aprile 2015 (...)” (VI); - la presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell’istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell’articolo 49 cpv. 2 LOG (STF 9C\_699/2014 del 31 agosto 2015; STF 8C\_855/2010 dell’11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011); - ai sensi dell’art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto di essere sentite. Per costante giurisprudenza (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008 consid. 4.2), dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l’interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell’incarto, quello di partecipare all’assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 387; 127 V 219; 127 V 431; 127 I 56; 126 V 130). Il diritto di essere sentito comprende l’obbligo per l’autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall’altro, di permettere all’autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l’autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 consid. 3.2 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236); - é vero, da una parte, che alle osservazioni del 4 settembre 2015 (doc. AI 124) è seguita la decisione qui impugnata basata, tra l’altro, sull’annotazione del 4 novembre 2015 nella quale il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso che “(...) alla luce della risposta del SAM del 3 novembre 2015 alle precisazioni richieste il 9 ottobre 2015, rimane valevole il rapporto SMR finale del 3 aprile 2015. (...)” (doc. AI 133) e, dall’altra parte, che le menzionate richiesta 9 ottobre 2015 dell’Ufficio AI (cfr. doc. AI 130) e complemento 3 novembre 2015 del SAM – essendo detta documentazione posteriore al preavviso del 7 luglio 2015 (AI 112) – non potevano trovarsi nell’incarto completo trasmesso all’avv. RA 1 il 15 luglio 2015 (doc. AI 115). È altrettanto vero che il legale dell’assicurato ha potuto successivamente fare valere le

sue ragioni dinanzi al TCA, in quanto la richiesta dell'Ufficio AI 9 ottobre e il complemento 3 novembre 2015 del SAM fanno parte dell'incarto AI prodotto dall'amministrazione unitamente alla risposta di causa (doc. IV) e visionabile in ogni momento dal ricorrente presso la cancelleria di questo Tribunale. Visto dunque che l'insorgente – che doveva conoscere l'esistenza della richiesta di precisazioni dell'Ufficio AI del 9 ottobre e del complemento 3 novembre 2015 del SAM in quanto menzionati nella succitata annotazione 4 novembre 2015 del dr. \_\_\_\_\_ – ha avuto comunque la possibilità di consultare gli atti dell'Ufficio AI e di esprimersi in merito innanzi al TCA, autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo, occorre concludere che, in ogni caso, un'eventuale violazione del diritto di essere sentito è stata sanata in questa sede (sulla sanatoria della violazione del diritto di essere sentito da parte dell'istanza di ricorso avente pieno potere cognitivo vedi, ad esempio, DTF 132 V 387, consid. 5, pag. 390; STF 8C\_416/2015 del 30 settembre 2015 consid. 4.4; 9C\_937/2011 del 9 luglio 2012 consid. 2.3; 9C\_961/2009 del 17 gennaio 2011 consid. 2; STF 2C\_471/2009 del 23 luglio 2010 consid. 3.2 e 3.3 e 9C\_617/2008 del 6 agosto 2009 consid. 3.2.3 tutte con riferimenti); - oggetto del contendere è sapere se a ragione l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto a tre quarti di rendita d'invalidità dal 1. maggio 2013 al 30 giugno 2014 e a un quarto di rendita d'invalidità dal 1. luglio 2014. L'assicurato postula, in via principale il riconoscimento del diritto ad una rendita intera dal 1. maggio 2012 e, subordinatamente, il diritto ad una rendita intera dal 1. maggio 2012 al 28 febbraio 2014 e ad almeno una mezza rendita dal 1. marzo 2014; - secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno pre-sunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perchè il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 46). Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base

temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003); - per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). A sua volta, l'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI; - quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'in-carto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza

con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede d'istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGa (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C\_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti (in particolare alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_947/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 4.2; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011 consid. 5.4; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011 consid. 6; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008 consid. 7; DTF 125 V 353 consid. 3a/cc; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a/cc; in argomento vedi anche Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 398-399) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici

contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; vedi anche Meyer/Reichmuth, op. cit, ad art. 28a, pag. 395); - nell'evenienza concreta, l'Ufficio AI, in evasione della domanda di prestazioni del 19 novembre 2012 (doc. AI 2) – facendo propri la perizia pluridisciplinare 16 dicembre 2014 del SAM con i complementi del 12 febbraio e del 3 novembre 2015 (doc. AI 84, 91 e 132), il rapporto finale SMR 3 aprile 2015 con le annotazioni 4 e 25 novembre 2015 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. 96, 133 e 139) e il rapporto finale SIP 9 giugno 2015 con la tabella elaborata il 2 luglio 2015 (doc. AI 108 e 110) – , con la decisione dell'8 gennaio 2016, ha riconosciuto all'assicurato il diritto a tre quarti di rendita d'invalidità dal 1. maggio 2013 al 30 giugno 2014 e a un quarto di rendita d'invalidità dal 1. luglio 2014; - con il ricorso l'insorgente ha contestato la valutazione medica adducendo che i medici curanti (dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, e dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna) “(...) hanno costantemente diagnosticato una riduzione del rendimento (IL) del 100% (...)” (I, pag. 4, punto 5). A sostegno delle proprie asserzioni egli non ha prodotto alcuna documentazione medica né con il ricorso né in corso di procedura; - dopo attento esame della documentazione medica agli atti, questo TCA, chiamato a verificare se lo stato di salute é stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio – fino al mese di ottobre 2015 – la valutazione peritale del SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. Dall'elenco atti (cfr. doc. AI 81, pagg. 206-208) risulta infatti che il SAM ha considerato compiutamente tutta la documentazione medica e che, con complemento 12 febbraio 2015 (doc. AI 91) – avuto riguardo in particolare alla perizia psichiatrica 30 agosto 2013 del CPAS (doc. AI 37) e ai rapporti 28 marzo e 6 novembre 2014 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 68 e 84, pagg. 233-234) – ha precisato debitamente le ragioni per le quali si è scostato dalle diagnosi e dalla valutazione della capacità lavorativa poste nelle precedenti valutazioni psichiatriche agli atti. Quanto al differente grado d'incapacità lavorativa indicato dalla consulente dr.ssa \_\_\_\_\_ nel consulto del 20 novembre 2014 e nella precisazione dell'8 febbraio 2015 (doc. AI 84 pagg. 241-247 [30%] e 91 pagg. 265-266 [40%]; eccezione, questa, addotta dall'insorgente già in sede di osservazioni del 4 settembre 2015 sub. doc. AI 124) – interpellata al riguardo dal dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 132) – la specialista ha così preso posizione: “(...) mi scuso ma la relazione datata 8.02.2015 parte da un refuso (30% diventa per errore 40%) da cui i conseguenti errori riferiti esclusivamente alle percentuali di IL. [...] Resta valido quanto stabilito dalla scrivente in data 20.11.2014 e la percentuale del 30%. (...)” (doc. AI 132, pag. 333). Questo Tribunale – ritenuto anche che i periti del SAM si sono allineati alla suddetta presa di posizione (cfr. doc. AI 132) – non ha alcun motivo per scostarsi dalle affermazioni della dr.ssa \_\_\_\_\_. La valutazione dei periti del SAM, confermata anche dal SMR (cfr. il rapporto finale SMR del 3 aprile 2015 sub doc. AI 96 e l'annotazione del 4 novembre 2015 sub doc. AI 133), non è inoltre stata contestata validamente e tantomeno messa in dubbio da nessun medico, né generico né specialista. A tale fine non basta sostenere che i medici curanti hanno sempre attestato un'incapacità al lavoro del 100%; - il dr. \_\_\_\_\_ – avuto riguardo al rapporto 20 novembre 2015 del dr. \_\_\_\_\_ del seguente tenore: “(...) seguo il paziente dal mese di aprile 2012 a oggi. L'anamnesi dettagliata vi è nota dai rapporti precedenti e dalle valutazioni peritali. Il quadro depressivo di cui soffre dall'inizio del trattamento, dopo una temporanea risposta soddisfacente alla terapia, ha mostrato un'evoluzione negativa

nella primavera scorsa con due episodi depressivi maggiori intensi nei mesi di marzo e aprile 2015 per i quali si è rivolto anche al SPS \_\_\_\_\_ in una pesante situazione di crisi con il riaffiorare dell'ideazione suicidale. Successivamente, il quadro clinico è apparso come un disturbo depressivo cronico (distimia) con ideazioni pessimistiche e deliri di povertà e di rovina e con una parziale compensazione grazie al trattamento in corso e grazie alla scoperta della devozione religiosa (sebbene sospetta come un nucleo delirante). Ora, nelle ultime due settimane si osserva un nuovo pesante scompensamento depressivo, idee di morte, ideazione autosoppressiva, crisi di disperazione incontrollabile, chiusura e alterazione notevole dell'adesione al trattamento, ideazione paranoide, conflittualità con le figure familiari, difficoltà nella comprensione e nell'interpretazione della realtà. Questa condizione richiede un trattamento intenso, stazionario, ma il paziente rifiuta il ricovero. Trattasi di un importante peggioramento delle condizioni di salute in un soggetto certamente incapace a affrontare una qualsiasi attività lavorativa. Il decorso osservato è in netto contrasto con le conclusioni derivanti dall'ultimo rapporto peritale fatto dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ un anno addietro e ritengo che il paziente sia completamente inabile al lavoro in un'attività qualsiasi. Un ruolo innegabile nello sviluppo della malattia gioca il fatto che egli sia privo di cespiti da più di un anno e che le sue risorse sono state completamente esaurite. La prognosi appare infausta ed improbabile che questo paziente possa riacquistare un funzionamento adeguato. (...)” (doc. AI 137) – , nell’annotazione 25 novembre 2015, ha concluso che “(...) ho preso atto del rapporto del Dr. \_\_\_\_\_ del 20 novembre 2015. Lo psichiatra curante indica chiaramente un peggioramento dello stato di salute psichico insorto da inizio novembre 2015, pertanto fino a quella data rimangono valide le precedenti prese di posizione SMR. (...)” (doc. AI 139). Questo Tribunale – ritenuto, da una parte, che nello scritto dell’8 marzo 2016 l’insorgente (ribadite le argomentazioni ricorsuali) si è limitato a dichiarare che “(...) non accetta di principio che la sua IL fino al mese di ottobre 2015 corrisponda a quella indicata nel rapporto SMR finale del 3 aprile 2015 (...)” (VI) e, dall’altra parte, che il dr. \_\_\_\_\_ non ha contestato puntualmente le valutazioni del SAM per quanto riguarda il periodo antecedente il peggioramento attestato dal novembre 2015 – deve confermare che fino al mese di ottobre 2015 valgono le conclusioni di cui al rapporto finale SMR del 3 aprile 2015 e meglio: IL del 50% dal maggio 2012 e IL del 30% dal marzo 2014 sia nell’attività abituale che in un’attività adeguata (cfr. doc. AI 96). A questo proposito, circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l’art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell’art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale; - riguardo alla valutazione economica va rilevato quanto segue. Dall’attestato del datore di lavoro (doc. AI 11) risulta che negli anni 2010, 2011 e 2012 il salario mensile è stato di fr. 5'966.70, che l’assicurato non aveva diritto alla tredicesima e che ha beneficiato di una gratifica annua regolare di fr. 4'000.-- (all’importo di fr. 38'600.-- indicato quale gratifica per il 2012 va infatti dedotta la buona uscita di fr.

34'600.--; cfr. doc. AI 11, pagg. 85 e 90). Ritenuto il salario annuo del 2012 di fr. 75'600.40 ( $5'966.70 \times 12 + 4'000 = 75'600.40$ ) il reddito da valido ammonta a fr. 76'205.20 per il 2013 e a fr. 76'583.20 per il 2014 (75'600.40 aumentati della variazione percentuale valida per le attività finanziarie e assicurative dello 0.8% nel 2013 e dell'1.3% nel 2014, così come risulta dalla tabella dell'Ufficio federale di statistica T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2014). Quanto al reddito da invalido, in assenza di dati salariali concreti, occorre basarsi sui dati statistici nazionali. Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2012 edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2012 skill level (NOGA08), risulta che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 62'520.-- ( $5'210.-- \times 12$  mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato e ritenuto che nel 2013 (ultimo dato disponibile, le ore settimanali normali di lavoro totali ammontavano a 41.7; cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 3/4-2015, pag. 88) si ottiene un reddito da invalido di fr. 65'698.51 per il 2013 ( $62'520 \times 41.7 : 40$  aumentati dello 0.8% secondo la T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2014) e di fr. 66'158.40 per il 2014 (65'698.51 aumentati dello 0.7% secondo la T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2014). Ritenuta l'incapacità lavorativa (in qualsiasi attività) del 50% da maggio 2012 e del 30% dal marzo 2014 (cfr. doc. AI 96) e applicata la riduzione del 10% (in correzione dell'8% riconosciuto nella tabella elaborata il 2 luglio 2015 sub doc. AI 110; va qui ricordata la giurisprudenza di questo Tribunale che nella sentenza 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, confermata dal TF con STF 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013, ha osservato che l'Alta Corte ha sempre avallato oppure determinato autonomamente delle riduzioni percentuali del reddito ipotetico da invalido comprese fra il 5% e il 25%, ma comunque sempre quantificate in un multiplo di 5 e che le graduazioni tra un massimo e un minimo dei valori di riduzione per ogni singola eventualità adottate dall'Ufficio AI del Canton Ticino non trovano conferma nella giurisprudenza federale) il reddito da invalido si attesta infine a fr. 29'564.32 per il 2013 ( $65'698.51 \times 50\%$  ridotti del 10%) e a fr. 41'679.79 per il 2014 ( $66'158.40 \times 70\%$  ridotti del 10%). Di conseguenza, il grado d'invalidità è del 61% nel 2013 ( $[76'205.20 - 29'564.32] : 76'205.20 \times 100 = 61.20\%$  arrotondato al 61% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) e del 46% nel 2014 ( $[76'583.20 - 41'679.79] : 76'583.20 \times 100 = 45.57\%$  arrotondato al 46%). Allo stesso risultato si giungerebbe anche se si volesse applicare, per pura ipotesi di lavoro, la riduzione del 15% pretesa dal ricorrente. Infatti, in questa ipotesi il reddito da invalido ammonterebbe a fr. 27'921.86 ( $65'698.51 \times 50\%$  ridotti del 15%) per il 2013 e a fr. 39'364.24 ( $66'158.40 \times 70\%$  ridotti del 15%) per il 2014 e il grado d'invalidità sarebbe del 63% ( $[76'205.20 - 27'921.86] : 76'205.20 \times 100 = 63.35\%$  arrotondato al 63%) nel 2013 e del 49% ( $[76'583.20 - 39'364.24] : 76'583.20 \times 100 = 48.59\%$  arrotondato al 49%) nel 2014; - ritenuti i gradi d'invalidità del 61% nel 2013 e del 46% nel 2014 e vista l'incapacità lavorativa (in qualsiasi attività) del 50% dal maggio 2012 e del 30% dal marzo 2014 è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una rendita di tre quarti dal maggio 2013 (dopo l'anno di attesa ex art. 28 LAI) e ad un quarto di rendita dal luglio 2014 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute nel mese di marzo 2014 ai sensi dell'art. 88a OAI); - per quanto riguarda al periodo dopo il mese di ottobre 2015, visto il possibile peggioramento dello stato valetudinario dal novembre 2015, gli atti vanno rinviati all'Ufficio AI – come da proposta della stessa

amministrazione condivisa nel suo principio dall'assicurato (IV e VI) – per completare l'istruttoria; - quanto al rinvio degli atti all'amministrazione va rilevato che nella STF 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011), o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). In concreto, l'amministrazione, chiesta la retrocessione degli atti, conformemente a quanto concluso dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ nell'annotazione del 15 febbraio 2016, ha indicato che avrebbe direttamente proceduto al completamento degli atti medici (IV). Rilevato come ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, considerato il possibile peggioramento dello stato di salute documentato prima della decisione impugnata, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione, affinché metta in atto i necessari accertamenti medici, ritenuto come la documentazione all'inserto non consenta di addivenire ad un chiaro e attendibile giudizio sull'evoluzione della capacità lavorativa dell'assicurato dopo il mese di ottobre 2015; - quanto alla domanda cautelare di revoca dell'effetto sospensivo – rilevato, da una parte, che di per sé ai sensi dell'art. 56 LPGA il ricorso ha effetto sospensivo e quindi l'impugnazione della decisione impedisce l'esecuzione immediata della stessa non avendo del resto in caso l'amministrazione tolto l'effetto sospensivo ad un eventuale ricorso (Kieser, ATSG Kommentar, Zurigo 2009, ad art. 56 n. 26 e 27 pagg. 709-710) e, dall'altra parte, che l'Ufficio AI ha precisato che "(...) la decisione impugnata (nonostante al citato provvedimento non sia stato espressamente tolto l'effetto sospensivo ai sensi dell'art. 54 cpv. 1 lett. c LPGA) è nei fatti immediatamente esecutiva (nel senso che la Cassa di compensazione FER CIAM di Ginevra ha già versato all'assicurato le rendite riconosciutegli e continua tuttora a versare a quest'ultimo il quarto di rendita a cui egli ha diritto). Tale versamento – al fine di evitare di causare difficoltà economiche pendente causa all'assicurato in questione – appare opportuno allo scrivente Ufficio. (...)” (IV) – questo Tribunale ritiene che la stessa è divenuta priva d'interesse in quanto superata dall'erogazione continua delle prestazioni riconosciute all'assicurato. Va qui rilevato che – anche se il ricorso, avendo effetto sospensivo, impedisce l'esecuzione immediata della decisione – nel caso in cui il ricorrente chiede una prestazione superiore a quella riconosciutagli, per prassi le prestazioni riconosciute continuano ad essere erogate ("(...) Die rechtzeitig erhobene Beschwerde hat grundsätzlich Suspensiveffekt, hemmt somit die Vollstreckung des angefochtenen Entscheides, soweit ihm nicht die aufschiebende Wirkung entzogen wurde oder während des Beschwerdeverfahrens entzogen wird (ATSG 54). Verlangt die Beschwerde führende Partei eine höhere als die zugesprochene Leistung (zum Beispiel statt einer halben eine ganze Invalidenrente), ist es in der Praxis allerdings so, dass die bereits zugesprochene Leistung trotz Beschwerdeführung dennoch ausgerichtet wird. (...)” (Locher/Gächter,

Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2014, § 75 Nr. 13 pag. 588) ) ; - in simili circostanze – visto tutto quanto precede e fermo restando il diritto ad una rendita di tre quarti dal 1. maggio 2013 al 30 giugno 2014 e a un quarto di rendita d’invalidità dal 1. luglio 2014 – la decisione impugnata va annullata e gli atti rinviati all’amministrazione affinché, esperiti i necessari accertamenti medici e aggiornata la valutazione economica, si pronunci nuovamente sulla domanda di prestazioni del novembre 2012; - secondo l’art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1. luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all’assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L’entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1’000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l’esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico dell’Ufficio AI, il quale rifonderà inoltre al ricorrente, patrocinato dall’avv. RA 1, fr. 1’800.-- a titolo di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa). Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi. § La decisione impugnata, fermo restando il diritto ad una rendita di tre quarti dal 1. maggio 2013 al 30 giugno 2014 e a un quarto di rendita d’invalidità dal 1. luglio 2014, va annullata e gli atti rinviati all’amministrazione affinché, esperiti i necessari accertamenti medici e aggiornata la valutazione economica, si pronunci nuovamente sulla domanda di prestazioni del novembre 2012. 2. Le spese, per complessivi fr. 500.--, sono poste a carico dell’Ufficio AI, il quale verserà al ricorrente fr. 1’800.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa). 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L’atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l’ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente  
segretario giudice Raffaele Guffi Gianluca Menghetti

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.